

MÉDECINE PRÉVENTIVE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

*(Document à retourner à : medecine03@cdg03.fr)*

COLLECTIVITÉ : …………………………………………………………………………………

NOM :…………………………………………………………………………………………………………….

PRÉNOM : ……………………………………………………………………………………………………….

NOM de naissance : ………………………………………………………….…………………………..

Date de naissance : .. /.. /…. Date d’embauche : .. /.. /….

Emploi : ……………………………………………………………………………………………………….

N° S.S : ……………………………………………………………………………………………………….

Quotité de travail : ……………………………………………………………………………………….

Statut :

□ Contractuel(le) □ Stagiaire □ Titulaire

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CDG 03. Elles sont conservées et destinées au service de médecine préventive. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d’accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le CDG 03.